



# Valoración de bienes para determinar si puede afiliarse a MassHealth

Fecha: \_\_\_\_\_

Usted le pidió a MassHealth que determine el valor de los bienes que usted posee. Esta valoración es importante para decidir si usted reúne los requisitos para recibir los beneficios de MassHealth de atención a largo plazo.

Para ayudarnos a determinar los bienes que posee, debe usar el formulario adjunto para hacer una lista de todos los bienes que eran de propiedad suya y de su cónyuge **en la fecha en que usted o su cónyuge fue admitido al centro de enfermería o a la institución médica.** También tendrá que entregarle a MassHealth prueba de todos los bienes que usted enumeró.

De acuerdo con las reglas de MassHealth, el cónyuge que está viviendo en casa puede retener hasta \$ \_\_\_\_\_ en bienes cuando el cónyuge que está viviendo en el centro de enfermería o la institución médica solicita cobertura de MassHealth. El monto en bienes que se puede retener podría aumentar si se dan ciertas circunstancias, dato que se explicará en la notificación de la valoración de bienes. El monto también puede cambiar a raíz de cambios que se hagan en las cifras de costo de vida expedidas por el gobierno federal.

Por favor conteste todas las preguntas y llene todas las secciones en el formulario adjunto. Cada sección contiene una lista de la información que le debe dar a MassHealth para que podamos decidir cuál es el valor de cada bien. Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela al formulario. Una vez que complete el formulario y nos remita prueba de sus bienes, MassHealth determinará con cuáles bienes se puede quedar el cónyuge que reside en casa. La decisión se le comunicará a usted por escrito.

Si usted opta por solicitar cobertura de MassHealth, tiene que entregarle a MassHealth constancia de todos los bienes que estén a disposición suya y de su cónyuge **en la fecha en que presenta la solicitud a MassHealth.** También, en general, tiene que entregarle a MassHealth prueba de todos los recursos (ingresos y bienes) transferidos dentro de los últimos 36 meses.

Si desea que alguien actúe a nombre suyo como su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, use el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos que se adjunta.

Si tiene preguntas sobre este formulario, sírvase llamar al Centro de inscripción de MassHealth marcando el **1-888-665-9993** (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).

Por favor escriba en letra de molde legible. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección del formulario, use otra hoja de papel y adjúntela a este formulario.

**Cónyuge en una institución médica o centro de enfermería**

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre de la institución			Fecha de admisión / /	Teléfono ( )	
Dirección (Calle)			Ciudad	Estado	Código Zip

**Cónyuge en casa**

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección (Calle)		Ciudad	Estado	Código Zip	Teléfono ( )

**Bienes**

Complete las siguientes secciones y enumere todos los datos acerca de bienes que sean suyos, de su cónyuge o de ambos, **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

**Cuentas bancarias/Fondos de pensiones**

► ¿Usted o su cónyuge tiene alguna cuenta bancaria o certificado de depósito, inclusive cuentas corrientes, de ahorros, de necesidades personales, en una cooperativa de crédito, cuentas tipo NOW, o cuentas del mercado monetario? ¿O tiene cuentas de jubilación, inclusive cuentas de jubilación individuales (IRAs), cuentas tipo Keogh, fondos de pensiones o cualquier otra cuenta bancaria? .....  sí  no  
Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (*Seguro de vida*).  
Si contestó **sí**, complete esta sección.

✉ **Envíe copia** de la libreta de ahorros o del estado de cuenta bancaria donde figure el saldo de cada cuenta **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre(s) en la cuenta	Nombre/Dirección del banco o de la cooperativa de crédito		
	Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo \$
Nombre(s) en la cuenta	Nombre/Dirección del banco o de la cooperativa de crédito		
	Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo \$
Nombre(s) en la cuenta	Nombre/Dirección del banco o de la cooperativa de crédito		
	Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo \$

**Seguro de vida**

► ¿Usted o su cónyuge tiene seguro de vida? .....  sí  no  
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Fideicomisos).  
 Si contestó **sí**, complete esta sección.

☒ **Envíe copia** de cada póliza de seguro o una declaración de la compañía aseguradora, o ambas cosas, que indique el valor nominal y el valor de rescate de cada póliza **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre de la persona asegurada	Nombre de la compañía aseguradora	Valor nominal \$	Valor de rescate \$
Nombre de la persona asegurada	Nombre de la compañía aseguradora	Valor nominal \$	Valor de rescate \$
Nombre de la persona asegurada	Nombre de la compañía aseguradora	Valor nominal \$	Valor de rescate \$

**Fideicomisos**

► ¿Es usted o su cónyuge el otorgante, fideicomisario o beneficiario de uno o más fideicomisos? .....  sí  no  
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Acciones/Bonos/Otros).  
 Si contestó **sí**, complete esta sección.

☒ **Envíe copia** de la documentación del fideicomiso y de la contabilidad del fideicomiso, del Anexo A, y de cualquier otra documentación acerca de los bienes y de los ingresos que genera cada fideicomiso **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre del fideicomiso	Otorgante(s)	Fideicomisario(s)	Beneficiarios	Capital del fideic.	Ingresos del fideic.
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

**Acciones/Bonos/Otros**

► ¿Usted o su cónyuge tiene acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, títulos o valores, haberes en una cajilla de seguridad, o dinero en efectivo que no esté en el banco? .....  sí  no  
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Vehículos/Casas rodantes).  
 Si contestó **sí**, complete esta sección.

☒ **Envíe copia de una cotización** del corredor de bolsa o del banco o la firma inversionista, de los títulos o valores, acciones, fondos mutuos, etc. con el fin de comprobar el valor del bien **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

	Usted		Su cónyuge	
	Compañía	Valor	Compañía	Valor
Acciones		\$		\$
Bonos		\$		\$
Bonos de ahorro		\$		\$
Fondos de inversión		\$		\$
Títulos y valores		\$		\$
Otros		\$		\$

**Vehículos/Casas rodantes**

► ¿Usted o su cónyuge tiene algún vehículo (incluso carro, van, camión, vehículo recreativo, casa rodante, bote o lancha)?  sí  no  
*Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Bienes raíces).*  
*Si contestó **sí**, complete esta sección.*

☒ **Envíe copia** de su libreta de cuotas o del estado de la compañía financiadora y una declaración escrita de un distribuidor autorizado de vehículos acerca del valor comercial del vehículo y el monto debido por el mismo **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre del propietario	Año/Marca/Modelo	Valor comercial	Monto debido
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

**Bienes raíces**

► ¿Usted o su cónyuge es propietario, sea individual o en conjunto (con cualquier otra persona o entidad), o tiene algún interés legal en cualquier bien raíz, por ejemplo, inmueble vacacional, inmueble de alquiler, inmueble de tiempo compartido, parcelas o lotes no construidos, o cualquier otro bien raíz. (incluye los que se encuentren tanto dentro como fuera del estado de Massachusetts)? .....  sí  no  
*Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Depósitos a centros residenciales o de atención médica).*  
*Si contestó **sí**, complete esta sección.*

☒ **Envíe copia** de la escritura y la factura de impuestos prediales más reciente para cada bien raíz enumerado.

Nombre(s) en los títulos de propiedad (escritura)	Descripción/Dirección	Valor comercial
		\$
		\$
		\$

**Depósitos a centros residenciales o de atención médica**

► ¿Usted o su cónyuge o alguien a nombre de usted, ha entregado un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como por ejemplo, una residencia con servicios asistenciales? .....  sí  no  
*Si contestó **no**, pase a la siguiente página.*  
*Si contestó **sí**, denos el nombre y dirección del centro, monto del depósito y fecha en que el depósito se le entregó al centro.*

☒ **Envíe copia** de la documentación del monto del depósito que le entregó al centro.

Nombre del centro	Dirección del centro	Monto/cantidad	Fecha
		\$	/ /
		\$	/ /
		\$	/ /

## Firma

Certifico que he leído o se me ha leído el formulario de valoración de bienes y la carta que acompaña el formulario. Certifico además, bajo pena de perjurio, que, a mi leal entender, la información dada en este formulario de valoración es correcta y está completa.

Si al llenar la presente Valoración de bienes usted actúa a nombre de otra persona, también deberá llenar y devolver, junto con el presente documento, el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos. Su firma en esta valoración, en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, certifica que, a su leal entender, la información contenida en él es correcta y está completa.

X \_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge en una institución médica o en un centro de enfermería, o de su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge que vive en casa o de su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una vez que haya completado y firmado este formulario, **envíelo a uno de los Centros de inscripción de MassHealth (MEC) que se relacionan a continuación. Escoja el centro que le queda más cercano.**

**Revere MEC**  
300 Ocean Avenue  
Suite 4000  
Revere, MA 02151

**Taunton MEC**  
21 Spring Street  
Suite 4  
Taunton, MA 02780

**Springfield MEC**  
333 Bridge Street  
Springfield, MA 01103

**Tewksbury MEC**  
367 East Street  
Tewksbury, MA 01876

Si tiene preguntas sobre este formulario, sírvase llamar al Centro de inscripción de MassHealth marcando el **1-888-665-9993** (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).

## Otra información

Esta página es para sus comentarios y para incluir más información.

